

Communication – CALASS 2016

Thème

Le travail des professionnels face aux défis des systèmes de santé.

Session

Restructuration économique, innovations technologiques et impact sur le travail.

Titre de la communication

Articuler les dynamiques professionnelles et institutionnelles : un nouveau défi des systèmes de santé.

Auteurs

Olivier Baly*, Frédéric Kletz et Jean-Claude Sardas, Centre de Gestion Scientifique, Mines ParisTech.

Bruna Alves de Rezende, Agence de Médecine Préventive.

*Auteur assurant la correspondance : olivier.baly@mines-paristech.fr, +(33) 659 425 491, Ecole des Mines de Paris, 60 Boulevard Saint-Michel, 75006 Paris.

Résumé en français

Les travaux de recherche relatifs à l'articulation entre dynamiques professionnelles et institutionnelles dans le secteur de la santé ont peu étudié les cas d'appariement de logiques institutionnelles émergentes avec des groupes professionnels nouveaux. C'est donc ce type particulier d'articulation que nous proposons d'examiner à travers l'étude de deux groupes professionnels nés de l'avènement des logiques de santé publique et de gestion hospitalière en France : les médecins spécialistes de santé publique et les contrôleurs de gestion hospitaliers. Sur la base de deux enquêtes indépendantes menées par sondage auprès d'échantillons de ces populations, nous utilisons une grille d'analyse issue de la littérature sur les configurations et dynamiques professionnelles pour évaluer la capacité de ces groupes à contribuer au portage de ces logiques nouvelles à travers leur inscription dans les pratiques des organisations du système de santé français. Dans les deux cas, nous observons que seule une minorité du groupe a su

trouvé une place stratégique dans ces organisations. Ce constat nous amène à souligner l'importance de tenir compte des configurations prises par les groupes professionnels nouveaux lors de la mise en œuvre des réformes institutionnelles qui les créent.

Résumé en portugais

As pesquisas relativas à articulação entre dinâmicas profissionais e institucionais no setor da saúde pouco se interessaram à convergência entre lógicas institucionais emergentes e novos grupos profissionais. Nossa proposta consiste em examinar essa convergência através do estudo de dois grupos profissionais criados de maneira concomitante à emergência das lógicas de saúde pública e de gestão hospitalar na França: os médicos sanitaristas e os controladores de gestão dos hospitais. Nós aplicamos uma grade de análise obtida da literatura relativa às configurações profissionais aos resultados de duas sondagens independentes direcionadas a essas populações para avaliar a capacidade desses grupos de contribuir à integração dessas lógicas nas instituições francesas através da análise do nível de inscrição efetiva desses grupos nas práticas das organizações do sistema de saúde francês. Nos dois casos, nós observamos que apenas uma minoria de cada grupo ocupa uma posição estratégica nessas organizações. Essa observação nos leva a destacar a importância de considerar o papel das configurações que serão assumidas pelos novos grupos profissionais na concretização das reformas institucionais que os criam.

Texte intégral de la communication

Le « professionnalisme médical » a constitué le principal schéma d'organisation des systèmes de santé dans les pays occidentaux (1). Toutefois, depuis les années 1960, ce modèle professionnel a été remis en cause par l'émergence d'autres formes de rationalités. Scott (2) a identifié deux périodes de contestation de la « domination professionnelle » dans le cas américain : une période d'interventionnisme étatique accru de 1966 à 1982, et une ère de contrôle de gestion et de compétition sur les prix à partir de 1983. Dunn et Jones (3) ont observé, durant la période d'interventionnisme étatique accru, le développement d'une logique de santé publique, fondée sur une approche

populationnelle, collective et communautaire de la médecine, dans la formation des praticiens américains. De la même manière, Nigam et Ocasio (4) ont décrit comment une logique de « gestion de soins », promue par la tentative de réforme du système de santé du Président Clinton, s'inspirait davantage des principes du marché et de la bureaucratie que de ceux de la professions. Deux logiques semblent donc être venues concurrencer la logique professionnelle dans le système de santé américain : la logique de santé publique et la logique gestionnaire.

A quelques décennies d'écart, le système de santé français a connu des évolutions similaires. Cependant, il semble que, dans le cas français, l'émergence des logiques de santé publique et de gestion ait été à la fois plus récente, et davantage concomitante que successive. En effet, si le champ de la santé publique a été défini par la loi dès 1902 (5), celle-ci était tout d'abord entendue comme la responsabilité de l'Etat et des collectivités locales dans la prévention des maladies transmissibles. La santé publique n'est devenue une spécialité médicale qu'en 1982 (6), avec la création d'une filière universitaire dédiée. En outre, il a fallu attendre la loi de santé publique de 2004 (7) pour que la définition et le suivi des politiques de santé (soins, prévention et protection de la santé) soient juridiquement inclus dans le champ de la santé publique.

Durant la même période, les hôpitaux, et plus généralement, le système de santé français dans son ensemble, ont vu l'émergence de ce que Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau (8) ont qualifiée de « démarche gestionnaire ». D'une manière comparable à la logique de « gestion des soins » américaine, cette démarche gestionnaire repose sur des formes de rationalisation empruntées à la vie économique des entreprises : gestion des flux, systèmes de contrôle des performances et analyse des coûts notamment. Par essence liée à la réforme du financement des établissements de santé (9), cette démarche gestionnaire entérine la logique de marché matérialisée par la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A) à compter de 2004. Elle se double également d'une nouvelle forme de gouvernance interne aux hôpitaux, reposant sur un pilotage par les objectifs responsabilisant les unités médicales (10), dans une logique de regroupement en pôles, et traduite dans la loi par ordonnance en 2005 (11).

Si de nombreuses études ont montré comment les professions existantes, ou des sous-groupes parmi elles, du système de santé américain, ont réagi et interagi avec ces nouvelles logiques de santé publique et de gestion (3, 12, 13), les exemples sont plus rares pour ce qui concerne la France. Ce manque est regrettable dans la mesure où le cas

français présente une particularité intéressante d'articulation entre ces nouvelles logiques et celle de la profession, puisque, dans ce pays, les logiques nouvelles ont été directement associées à la création d'au moins deux nouveaux groupes professionnels : les médecins spécialistes de santé publique d'une part, et les contrôleurs de gestion hospitaliers d'autre part. En effet, alors que les exemples américains dévoilent comment les groupes professionnels intègrent, combinent ou rejettent les logiques émergentes dans le champ de la santé, ils ne traitent pas spécifiquement de la question du portage de ces logiques par les groupes qu'elles contribuent à créer.

Or, cette question semble pourtant centrale, si l'on se réfère à l'approche néo-institutionnaliste des logiques : comme le souligne Scott (14), si la logique professionnelle est en elle-même une logique institutionnelle, les groupes professionnels peuvent également être porteurs d'autres logiques institutionnelles, qu'ils véhiculent et réinterprètent (15, 16). Examiner comment de nouvelles logiques institutionnelles peuvent être associées à des dynamiques professionnelles naissantes est par conséquent un défi important pour un secteur qui, comme celui de la santé, est confronté à une pluralité de logiques institutionnelles (17). Le cas français offre ainsi un exemple intéressant d'une forme encore peu étudiée de « travail institutionnel » (18) dans laquelle la volonté législative d'impulser de nouvelles logiques au sein d'un système de santé se traduit par la création de nouveaux groupes professionnels liés à ces logiques. C'est donc la pertinence de ce mode de travail institutionnel, c'est-à-dire sa contribution aux dynamiques institutionnelles souhaitées par le législateur, qu'il convient ici d'interroger.

Pour aborder cette question, notre communication tentera de dresser un pont entre, d'une part, la notion de logique institutionnelle forgée par Friedland et Alford (19) puis développée par Thornton, Ocasio et Lounsbury (20), et, d'autre part, la littérature sur les configurations et dynamiques professionnelles issue des travaux de Kletz (21, 22) et Sardas (23-25). Nous exposerons donc d'abord, dans une première partie, ce cadre conceptuel, en soulignant en quoi la littérature sur les configurations et dynamiques professionnelles peut contribuer aux récents développements de la théorie néo-institutionnaliste sur les pratiques organisationnelles. Nous appliquerons ensuite ce cadre à deux groupes professionnels nés, en France, des logiques de santé publique et de gestion : les médecins spécialistes de santé publique et les contrôleurs de gestion, en

nous appuyant sur les résultats de deux enquêtes menées par sondage auprès d'échantillons de ces deux populations.

Nous observerons, à l'aune des critères empruntés aux travaux sur les dynamiques professionnelles, que, dans ces deux cas, seule une minorité du groupe se trouve dans une configuration pleinement intégrée au sein des organisations du système de santé français. Nous en déduirons que, si les logiques institutionnelles de santé publique et de gestion hospitalière promues par le législateur français ont peut-être pénétré ces organisations, ceci ne peut être que marginalement dû à leur portage par un groupe professionnel dédié. Ce constat nous amènera à souligner l'importance de prendre en compte les configurations professionnelles qui se créent dans cette forme de travail institutionnel, tant du point de vue de l'effectivité des réformes auxquelles ces nouveaux groupes sont censés contribuer, que de celui du devenir à plus long terme de ceux-ci.

Rapprocher les logiques institutionnelles et les dynamiques professionnelles dans le système de santé français

L'analyse des configurations professionnelles comme pont entre les dynamiques institutionnelles et professionnelles

Bien que le rôle majeur joué par les professions dans les processus institutionnels ait été reconnu dès les écrits fondateurs du « néo-institutionnalisme », notamment par DiMaggio et Powell (27), et que les approches néo-institutionnalistes des professions se sont multipliées dans le secteur de la santé, celles-ci se sont surtout intéressées à la question de l'hybridation des différentes logiques de ce secteur par les professionnels qui y travaillent (28). La problématique principale traitée dans les études néo-institutionnalistes des professions de santé a ainsi été celle de la gestion de la complexité induite par la coexistence de logiques multiples dans ce secteur (17). La capacité de groupes émergents nés des logiques nouvelles de ce secteur à participer au « travail institutionnel », c'est à dire à influencer le cadre institutionnel dans lequel ils évoluent, a été moins abordée. Initié par Lawrence et Subbady (29), le concept de « travail institutionnel » désigne « l'action volontairement conduite par des individus et des organisations dans le but de créer, maintenir ou modifier les institutions ». Ce courant se différencie de celui, plus ancien, de l'entrepreneuriat institutionnel (30) en ce

qu'il revendique une vision plus « distribuée » des processus institutionnels, dans laquelle les dynamiques institutionnelles sont moins le résultat d'actions héroïques d'individus isolés que le produit d'interactions entre des individus ou des groupes d'individus touchant les cadres institutionnels dans lesquels ils évoluent (18). Les tentatives de combiner cette perspective avec celle des logiques institutionnelles sont demeurées rares. Pourtant, comme le montre l'exemple de rapprochement entre ces deux courants opéré par Jarzabkowski, Matthiesen et Van de Ven (31), travail et logiques institutionnelles ont en commun une compréhension des institutions à travers les pratiques organisationnelles. Ces deux mouvements néo-institutionnalistes peuvent donc utilement converger lorsqu'il s'agit de décrypter les mécanismes concrets liant les dynamiques institutionnelles et les pratiques organisationnelles.

Le récent « tournant matériel » de théorie néo-institutionnaliste (32) invite en effet à interroger comment les logiques institutionnelles façonnent les pratiques organisationnelles. Bien que cette dimension pratique des logiques institutionnelles ait été moins étudiée que leurs aspects cognitifs ou symboliques (33), elle était en réalité présente dès l'écrit fondateur de la notion de logique institutionnelle (19), puisque ses auteurs, Friedland et Alford, y définissaient, page 248, les logiques institutionnelles comme des « ensemble[s] de pratiques matérielles et de constructions symboliques » constituant les « principes d'organisation (...) de chacun des ordres institutionnels les plus importants des sociétés occidentales contemporaines ». Complétant cette définition, Thornton et Ocasio (34), page 101, indiquent également que les logiques institutionnelles sont « les cadres, socialement et historiquement construits, constitués de *pratiques matérielles*, de présuppositions, de valeurs, de croyances et de règles, par lesquels les individus produisent et reproduisent leur subsistance matérielle, organisent le temps et l'espace, et donnent du sens à la réalité sociale ». Thornton, Ocasio et Lounsbury (20) soulignent en outre que « ce qui est important dans une perspective en logiques institutionnelles, c'est que les processus de changement aux niveaux plus micro reposent sur des traductions, des analogies, des combinaisons et des adaptations des logiques institutionnelles plus macro ». De ce point de vue, les modifications de pratiques organisationnelles sont par conséquent le reflet des dynamiques institutionnelles dans lesquelles les organisations sont prises.

Il en découle que, dès lors qu'une logique institutionnelle induit la création d'un groupe professionnel nouveau dans un champ organisationnel, il devient, dans ce cadre

théorique, nécessaire de s'intéresser à l'intégration de ce groupe dans les pratiques des organisations de ce champ, et légitime de considérer cette intégration comme une mesure du niveau de pénétration de cette logique dans ces organisations. Il convient néanmoins de préciser qu'il ne s'agit là que d'une appréciation possible de cette pénétration, qui n'interdit pas que d'autres groupes professionnels puissent eux aussi porter cette logique, comme le montrent les exemples américains précités (3, 12, 13). Cette focalisation sur des groupes nouveaux induits par des logiques émergentes présente toutefois l'intérêt de pouvoir interroger un mode encore peu exploré de travail institutionnel passant par l'intégration de ces groupes dans les organisations d'un champ.

Or, c'est précisément à cette question de l'intégration des groupes professionnels dans les organisations que la littérature sur les configurations professionnelles entend apporter des réponses. Ainsi qu'elle a été développée par Aubouin, Kletz et Lenay (21), l'analyse des configurations professionnelles vise à étudier un groupe professionnel en distinguant ses différentes modalités d'inscriptions dans les organisations. Kletz, Hénaut et Sardas (22) ont rapproché l'analyse de ces configurations de celle des dynamiques professionnelles préalablement élaborée par Sardas (23) (voir également Lefebvre, Roos et Sardas (25, 26) ainsi que Dalmasso et Sardas (24)). Ces travaux distinguent deux dimensions dans le positionnement d'un groupe interne à une organisation : celle des savoirs, qui peuvent être soit plutôt d'ordre technique soit plutôt de nature relationnelle ou managériale, et celle du rôle stratégique ou non de ce métier pour l'organisation dans laquelle il se déploie. Ce croisement axial abouti ainsi à une typologie en quatre cadrans des groupes internes à une organisation, présentée dans la Schéma 1 proposé par Sardas (23) et repris par Kletz *et alii* (22).

Les groupes ayant développé une expertise d'ordre technique reconnue comme stratégique par l'organisation sont qualifiés de « métiers internes ». Possédant un savoir doublement spécifique, par comparaison à celui des autres groupes de l'organisation et par rapport aux enjeux stratégiques de l'organisation, les groupes en position de « métiers internes » peuvent par conséquent être considérés comme situés au cœur de l'organisation, et sont donc pleinement intégrés à celle-ci. La nature de cette intégration se caractérise par le fait que l'organisation offre en son sein au groupe professionnel concerné les conditions d'une véritable dynamique professionnelle, caractérisée notamment par l'offre d'un parcours de progression entre différents niveaux de

compétences, aboutissant à un rôle d'expert, ceci étant motivé par l'attente stratégique adressée à ce groupe qu'il développe et capitalise des savoirs spécifiques à cette organisation. Traditionnellement, à l'hôpital, les médecins cliniciens appartiennent à cette catégorie.

D'autres groupes, en revanche, peuvent se trouver dans des dynamiques moins centrales pour les organisations auxquelles ils appartiennent. Ainsi, certains groupes possèdent bien un savoir technique spécifique par rapport à d'autres, mais celui-ci n'est pas reconnu comme répondant à un enjeu stratégique de l'organisation. Tel peut être le cas, par exemple, des juristes travaillant dans un hôpital. Ces groupes sont alors qualifiés de « professionnels intégrés » à l'organisation : sans être situés dans son cœur de métier, ils n'en disposent pas moins d'une expertise faisant d'eux des professionnels. Mais c'est une expertise standard (et non spécifique à l'organisme d'accueil) qui est attendue et de ce fait, on ne trouvera en général aucune filière de progression interne, ni même la reconnaissance de rôles d'expert. A l'inverse, certains groupes peuvent exercer un rôle stratégique dans l'organisation mais dans le cadre de compétences davantage relationnelles ou managériales que techniques. On peut faire l'hypothèse que les directeurs d'hôpitaux s'apparentent plutôt à ce type de métier, qui constitue alors une « fonction interne » plus qu'un véritable métier interne. Enfin, certains groupes ne s'inscrivent dans une dynamique ne requérant ni une expertise particulièrement technique ni une place stratégique dans l'organisation. On parlera alors de « fonction standard », comme les employés du service de nettoyage par exemple.

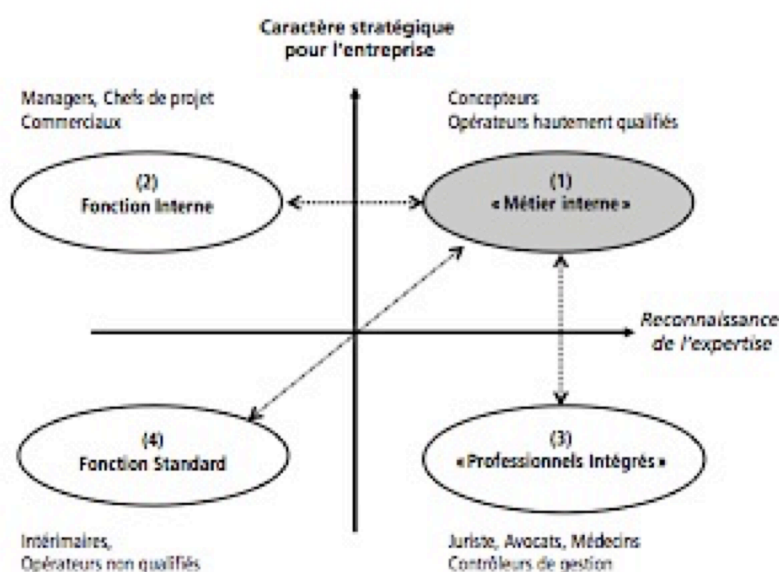


Schéma 1 : Typologie des groupes internes à une organisation (in Kletz, Hénaut et Sardas, 2014)

Cette grille d'analyse ne vise pas à nier l'importance des compétences relationnelles ou managériales dans les organisations, ni à présupposer que les groupes qui ne forment pas des métiers internes n'ont pas leur rôle dans l'organisation. Elle entend simplement qualifier le mode d'intégration d'un groupe dans une organisation, en distinguant les groupes dont l'expertise de type technique représente un enjeu stratégique pour l'organisation de ceux dont les compétences et connaissances sont davantage interchangeables et disponibles à l'extérieur de l'organisation. C'est pourquoi nous considérerons que les métiers internes offrent un degré de pénétration dans les organisations supérieur aux autres groupes. Il doit en outre être précisé que la qualification de ces groupes dépend des enjeux stratégiques et des besoins de savoirs techniques spécifiques de chaque organisation. Les exemples de métiers ou de fonctions cités dans le Schéma 1 correspondent à un cas d'organisation industrielle, et ne sauraient être adaptés, sans l'analyse qui va suivre, aux organisations du monde de la santé.

Suivant le travail de Kletz *et alli* (22) sur les médiateurs dans le secteur culturel, nous proposons donc d'identifier les différentes configurations prises par les médecins de santé publique et les contrôleurs de gestion hospitaliers dans les organisations du système de santé français, c'est-à-dire les places que ces groupes occupent dans ces organisations et les activités qui leur sont liées. Nous positionnerons ensuite ces configurations sur les axes « expertise technique / rôle stratégique » de la typologie exposée ci-dessus pour déterminer le niveau d'intégration de chaque configuration dans ces organisations. Enfin, nous quantifierons la dispersion de chaque groupe dans chaque configuration afin d'établir la part de celui-ci ayant pleinement pénétré les organisations du secteur de la santé.

La mobilisation de ce cadre conceptuel nous semble pertinente dans la mesure où, tout comme les médiateurs du secteur culturel analysés par Kletz *et alii* (22), les médecins de santé publique et les contrôleurs de gestion ont émergé dans un champ organisationnel, qui est ici celui de la santé, sous l'impulsion des pouvoirs publics. De la même manière que l'insertion de ces médiateurs dans les organisations du monde culturel a pu être utilisée comme critère d'appréciation de la mise en œuvre concrète de cette volonté politique, nous posons donc comme hypothèse que le degré d'intégration

des médecins spécialistes de santé publique et des contrôleurs de gestion dans les organisations du monde de la santé peut constituer un mode de pénétration des logiques de santé publique et de gestion hospitalière dans ces organisations. Afin d'étayer cette hypothèse, il convient néanmoins de revenir au préalable sur l'émergence de ces logiques dans le système de santé français, et d'explicitier comment leur traduction législative a pu induire la naissance de ces groupes professionnels.

Les médecins de santé publique et les contrôleurs de gestion hospitaliers en France : deux groupes nés des réformes législatives inspirées des logiques de santé publique et de gestion hospitalière

Comme nous l'avons déjà mentionné en introduction, deux logiques président aux réformes des systèmes de santé à partir de la 2ème moitié du XXe siècle : celle de la gestion et celle de santé publique. La première est censée intervenir sur les organisations et leurs processus de production, la deuxième est censée (re)déployer cette offre en fonction de facteurs externes dénommés « besoins de santé » des populations ou « besoins de santé publique ».

En Europe Occidentale et en France, la Santé publique émerge à partir de la Révolution Industrielle en tant que champ d'intervention lié au mouvement hygiéniste, pour se définir progressivement comme la responsabilité de l'Etat en matière de contrôle des conditions sanitaires et de salubrité de l'espace public, tel qu'affirmée dans la Loi de Santé Publique de 1902 (5). Il faudra attendre la Loi de Santé Publique de 2004 (7), soit un siècle, pour que cette définition s'élargisse au système de santé dans son ensemble. Ce délai peut surprendre, étant donné l'importance du courant hygiéniste en France au XIXe siècle, et sa contribution majeure à l'extension et à l'intensification de l'action de l'Etat jusqu'à la seconde guerre mondiale (35). Il peut toutefois se comprendre si l'on considère que ce courant, pas plus que l'instauration d'une Sécurité Sociale en 1945, n'a jamais profondément modifié les conditions d'exercice de la majeure partie de la profession médicale, telles qu'arrêtées à l'issue de la Révolution Française. Comme le souligne Michel Foucault (36), la loi du 19 ventôse an XI a durablement consacré le principe d'un exercice libéral de la médecine en France, reléguant les questions de santé essentiellement à la sphère du privéⁱ. Le caractère privé de la relation individuelle patient / médecin dans la pratique médicale française, par opposition à d'autres cultures médicales nationales, a encore récemment été soulignée

par la sociologue Anne-Chantal Hardy (37) dans son analyse du mythe du « colloque singulier ».

L'approche populationnelle et collective de la santé retenue en 1982 dans la loi portant réforme des études médicales (6) représente donc un changement majeur dans l'appréhension de l'activité médicale en France. Le législateur y associe pour la première fois les besoins de santé de la population et l'objectif de maîtrise des dépenses de soins. Réputée poursuivre un triple objectif « démographique, économique et pédagogique », cette réforme est l'aboutissement d'une orientation adoptée à partir des années 1970 qui visaient à transférer à l'Etat la prérogative d'encadrement de l'accès aux études médicales et de la spécialisation des médecins (38). Le contrôle de la démographie professionnelle est ainsi l'un des premiers leviers de maîtrise des dépenses de soins, couplé avec la montée en puissance du champ de la santé publique, dont s'est servi le législateur.

De façon concomitante quoique peu documentée, on observe en France la constitution de la Santé publique en tant que spécialité des sciences de la santé et plus précisément de la médecine. A partir du regroupement de professionnels de champs connexes (bio-statistiques, épidémiologie, santé communautaire) se constitue un lobbying à prééminence médicale auprès de la communauté professionnelle et des décideurs (39, 40), qui aboutit à la création de la spécialité médicale de santé publique dans la loi de 1982. La notion de réponse aux besoins de santé apparaît aussi liée à celle de renforcement des activités de prévention, tel que voulu par le programme de la gauche nouvellement installée à la tête de l'Etat Français. C'est également par la voie politique que se formalise le rôle voulu pour cette nouvelle spécialisation médicale : créer une catégorie de professionnels capables, selon les termes des débats parlementaires préalables à la loi de 1982, « de doter la France d'une véritable politique de santé publique ».

On voit donc se dessiner, de 1982 à 2004, sous l'impulsion de la loi, quelques traits de constitution de la santé publique comme discipline, c'est-à-dire en tant que champ de savoir spécialisé bénéficiant d'une reconnaissance universitaire et en tant que lieu possible d'exercice d'une profession, ou plus exactement, d'un groupe professionnel distinct au sein de la profession médicale : les médecins spécialistes de santé publique. La sanction, par un titre, de cette qualification, traduit la volonté du législateur de donner une place particulière à ce groupe dans le système de santé français lui

permettant d'orienter les politiques publiques dans le sens d'une conception collective de la médecine. Ces mouvements législatifs peuvent donc être interprétés comme une tentative d'institutionnalisation de la Santé publique, visant à inscrire cette discipline dans les institutions académiques et les organisations du système de santé à travers la composition d'un groupe professionnel devant porter cette logique. L'existence d'un titre et d'un diplôme officiel devait garantir la capacité d'agir de ce groupe.

La traduction de la gestion hospitalière en termes de savoirs techniques et de groupe professionnel est à première vue moins évidente car elle n'a pas fait l'objet d'un même niveau de reconnaissance formelle. Pourtant, les travaux de recherche conduits sur la « démarche gestionnaire à l'hôpital » (8, 9, 41) soulignent tous que cette approche a entraîné la constitution d'un savoir spécifique touchant l'organisation hospitalière. Lenay (42) a montré comment la naissance d'un contrôle de gestion médicalisé, basé sur une représentation fine de l'activité de soins des hôpitaux français à travers le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), a permis de faire des organisations hospitalières un nouvel objet de savoir, et partant, de gouvernement. En d'autres termes, l'accumulation de savoirs techniques sur le fonctionnement des organisations hospitalières, leurs productions et leurs coûts, a étendu le champ de la régulation à ces dimensions, qui, dès lors qu'elles peuvent être connues et suivies, peuvent également faire l'objet d'un pilotage par les autorités de régulation régionales et nationales du système de santé français.

Qu'en est-il pour autant des groupes professionnels associés à ces nouveaux savoirs ? A la différence des médecins spécialistes de santé publique, le contrôle de gestion hospitalier n'a pas immédiatement trouvé sa traduction universitaire et statutaire. Toutefois, la mise en place de la démarche gestionnaire à l'hôpital a conduit à la naissance de groupes professionnels devant collecter, contrôler, analyser et restituer l'information générée par le PMSI et les modèles de comptabilité analytique associés : il s'est agi principalement des médecins responsables du Département d'Information Médicale (DIM) de chaque hôpital (43) ainsi que des contrôleurs de gestion (44). Pour ces derniers, Baly (45) a pu trouver, en exploitant des statistiques nationales de l'Observatoire de la Comptabilité Analytique Hospitalière (OCAH) du Ministère de la Santé, un net accroissement du recrutement de contrôleurs de gestion (+40%) dans les hôpitaux français durant la période de montée en charge de la tarification à l'activité

(T2A) à la fin des années 2000. Un groupe professionnel s'est donc empiriquement constitué à la faveur des changements réglementaires intervenus dans le cadre de la mise en œuvre d'une logique gestionnaire à l'hôpital et des besoins de compétences techniques liés à l'apparition de nouveaux savoirs. Néanmoins, l'existence de filières universitaires spécialisées en contrôle de gestion hospitalier est extrêmement récenteⁱⁱ, et il n'existe aucun statut spécifique reconnu par la loi pour les personnes exerçant cette fonction. Une différence de degré d'institutionnalisation formelle entre contrôleurs de gestion hospitaliers et médecins spécialistes de santé publique est donc observable.

La démarche gestionnaire à l'hôpital n'en est pas pour autant restée sans traduction législative. L'ordonnance du 2 mai 2005 (11) instituant la « Nouvelle Gouvernance Hospitalière », telle que reprise et amendée par loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009 (46) a dessiné un nouveau cadre légal de gouvernance stratégique à l'hôpital, sous la forme d'un pilotage par les objectifs. Anticipant ces changements législatifs, De Pourville et Tedesco ont décrit, dès 2003 (10), la mutation du système de santé français vers un mode de pilotage par objectifs généralisé, partant de l'Etat vers les établissements de santé, en passant par ses services déconcentrés (aujourd'hui dénommés Agences Régionales de Santé ou ARS), et au sein même de ces établissements. La modalité contractuelle apparaît comme le vecteur commun de ce système : la « Nouvelle Gouvernance Hospitalière » a en effet créé une architecture contractuelle liant l'Etat et les ARS, ainsi que les ARS et les établissements, par des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et déclinant cette logique à l'intérieur des organisations par l'obligation d'établir des contrats entre la direction de chaque établissement et les unités opérationnelles, principalement cliniques et médico-techniques, regroupées en pôles. Comme le soulignait déjà De Pourville et Tedesco (10), cette nouvelle gouvernance vise par conséquent à réorganiser les rapports de pouvoir dans le système de santé autour d'un dispositif gestionnaire censé renforcer l'autonomie de chaque niveau de décision (établissement et pôles) en le rendant responsable d'un champ d'actions propre.

Les contrôleurs de gestion étant le seul groupe, avec les DIM, disposant de la maîtrise des systèmes d'information et des compétences techniques devant faire vivre ce nouveau cadre de gouvernance, ils sont donc susceptibles d'occuper une place stratégique dans les organisations hospitalières. Sans que celle-ci présente le même degré de formalisation que celle des médecins de santé publique, la capacité laissée à ce

groupe professionnel d'influencer les processus de décisions reposant sur l'information qu'ils produisent est en effet potentiellement grande. La réalité de l'insertion de ce groupe, comme celle des médecins spécialistes de santé publique, dans les organisations du système de santé français mérite cependant d'être vérifiée. C'est à cet objectif qu'entend répondre l'analyse croisée de deux enquêtes présentées ci-après, permettant d'identifier différentes configurations de ces groupes professionnels et situant ces configurations sur les axes expertise technique/ positionnement stratégique définis précédemment.

Méthodologie des deux enquêtes

Enquête sur les internes de santé publique

Pour les médecins spécialistes de santé publique, les données disponibles étaient issues d'une enquête relative à leur formation professionnelle : le Diplôme d'études spécialisées (DES) de Santé publique et médecine sociale, plus souvent dénommé internat de Santé publique (40). Il s'agit du parcours de 3ème cycle conditionnant l'obtention du titre de spécialiste par la voie universitaire. Il est également possible, mais plus rare, d'être qualifié spécialiste par l'Ordre des Médecins, moyennant certaines conditions dont l'exposé dépasse le cadre de ce travail. Réalisée pendant l'année universitaire 2008-2009, cette enquête avait deux volets. Le premier était une description de l'offre de formation spécifique à la spécialité ; le deuxième s'était intéressé à l'organisation du parcours de formation des internes pendant les 4 années de leur spécialisation.

Notre hypothèse étant que le niveau de pénétration de la logique institutionnelle à laquelle la création d'un groupe professionnel est rattachée nécessite un positionnement précis sur le graphique savoir-positionnement stratégique de ce groupe, avec une reconnaissance élevée de la spécificité du savoir technique associé au groupe professionnel par rapport à celui des autres groupes, mais aussi une reconnaissance élevée de son rôle stratégique dans l'organisation, nous avons identifié, à partir de la description de l'offre de formation théorique et pratique, les configurations professionnelles observables pour les médecins de la spécialité. Nous les avons ensuite placées sur le graphique à deux dimensions « reconnaissance de la spécificité du savoir

technique » et « reconnaissance du rôle stratégique du groupe » décrit plus haut. A partir de l'orientation effectivement choisie par les internes durant leurs parcours de formation, et de leur comparaison avec les configurations identifiées, nous en avons déduit la pénétration de la logique de santé publique au sein des organisations du système de santé par l'intermédiaire de ces futurs professionnels (et par extension, par les professionnels déjà en exercice). Dans le cas des médecins spécialistes de santé publique, ces organisations peuvent être des établissements de santé, mais également des organismes de régulation ou de contrôle du système, telles que les administrations centrales, les ARS ou les agences nationales dépendant du Ministère de la Santé. Finalement, ces résultats sont discutés à la lumière des niveaux de satisfaction, de la spécialisation et des choix de parcours déclarés par les internes répondants.

Pour mieux comprendre cette méthode, il convient de préciser que l'internat de Santé publique est une formation théorique et pratique offerte dans toutes les villes de France où un couple Faculté de Médecine - Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) est identifié. Administrativement, chaque ville où la formation est proposée est une « subdivision », et celles-ci sont regroupées au niveau inter-régional. Au moment de l'enquête utilisée, les 8 inter-régions de l'internat regroupaient les Centre Hospitalo-Universitaires (CHU) suivants:

- Inter-région Antilles et Guyane : le CHU d'Antilles-Guyane ;
- Inter-région Île-de-France : tous les CHU de Paris ;
- Inter-région Nord-Est : les CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg ;
- Inter-région Nord-Ouest : les CHU de Amiens, Caen, Lille et Rouen ;
- Inter-région Ouest : les CHU de Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours
- Inter-région Rhône-Alpes-Auvergne : les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Étienne ;
- Inter-région Sud : les CHU de Nice, Marseille et Montpellier-Nîmes ;
- Inter-région Sud-Ouest : les CHU de Bordeaux, Limoges et Toulouse.

Chaque spécialité a une maquette qui spécifie le contenu minimal des formations théoriques et pratiques que doivent suivre les internes pendant leurs cursus pour pouvoir prétendre au titre de spécialiste. Si le professionnel formé veut pouvoir pratiquer la médecine dans sa spécialité, il doit également soutenir une thèse d'Etat, qui sanctionne l'obtention du grade docteur en médecine. Pour les spécialités cliniques, une inscription à l'Ordre des médecins est également nécessaire. L'internat de santé

publique dure 4 ans, pendant lesquels les internes effectuent 8 stages et doivent suivre au minimum 250 heures de formation théorique.

Le premier volet de l'enquête, concernant l'offre de formation, a été adressé dans chaque subdivision d'internat à l'interne référent de la subdivision au sein du Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP), association représentant les internes de la spécialité au niveau national. Ce questionnaire demandait des informations factuelles relatives aux formations théoriques et pratiques proposés. Il n'était pas anonyme. Toutes les subdivisions ont complété ce questionnaire.

Le second volet, relatif à la satisfaction et l'organisation des parcours des internes, a été adressé à tous les internes de la spécialité, répertoriés dans l'annuaire actualisé annuellement par le CLISP par intermédiaire des référents de subdivision/inter-région. Ce questionnaire était anonyme, les réponses ont été analysées au niveau national ou inter-régional. Le taux de réponse a été de 70,6% (173 réponses sur 245 invités), variant de 53,9% à 85,7% en fonction des inter-régions. Une légère prédominance d'internes en deuxième moitié de cursus (56,1% des répondants et 50,2% des invités) et de sexe féminin (64,7% par rapport à 60,0% des invités) a été observée.

Enquête sur les contrôleurs de gestion hospitaliers

Cette seconde enquête a été menée dans le cadre d'une communauté de pratiques dédiée au contrôle de gestion à l'hôpital, et mise en place par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en avril 2012. La création de cette communauté visait à répondre à la volonté du Ministère français de la santé de renforcer le niveau de professionnalisation des contrôleurs de gestion exerçant à l'hôpital. Elle avait donc spécifiquement pour but de dresser un état des lieux sur ce groupe professionnel et ses pratiques, menant à la publication d'un guide de bonnes pratiques (47). Au moment de l'enquête, cette communauté comprenait une centaine de membres actifs travaillant en établissements de santé et en ARS.

Afin de mieux connaître les conditions de formation et d'exercice des contrôleurs de gestion hospitalier, l'ANAP a mis en ligne un questionnaire à destination de cette population. Ce sont les résultats de ce questionnaire, conçu et rédigé par un auteur du présent papier, que nous allons exploiter, en application de la convention de recherche liant le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris avec l'ANAP. Le questionnaire comportait plusieurs volets, dont cinq vont être exposés ci-après.

L'utilisation sous cette forme de ces données de l'enquête n'a encore jamais fait l'objet d'aucune publication ni communication.

Le premier volet concernait la formation initiale et continue suivie par les répondants. Pour la formation initiale, les choix étaient les suivants : école des directeurs d'hôpitaux (EHESP pour Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), autre formation de la fonction publique hospitalière, école de commerce, diplôme universitaire en contrôle de gestion, diplôme universitaire autre, spécialisation en gestion hospitalière de type Master spécialisé, école d'ingénieurs et autres. Cette question était à choix multiples, puisque les répondants pouvaient cumuler plusieurs de ces formations. Pour la formation continue, les choix, établis sur la base des formations disponibles, étaient : formation généraliste en contrôle de gestion à l'hôpital, formation en comptabilité analytique hospitalière, formation en tableaux de bord, aucune, et autres. Ses options pouvaient également être multiples.

Le second volet visait le statut (contractuels à durée déterminée, indéterminée, titulaire de la fonction publique hospitalière de catégorie A ou B) ainsi que leur niveau d'ancienneté dans leur poste actuel (de 0 à 10 ans, par tranches) des répondants.

Le troisième volet reprenait les différentes missions du contrôleur de gestion hospitalier préalablement identifiées par les membres de la communauté de pratiques et demandait aux répondants s'ils réalisaient ou non ces missions dans leur activité quotidienne. Deux grands types de missions peuvent être distinguées : celles relevant de la production de données (Gestion du Fichier Commun de structureⁱⁱⁱ, production de la comptabilité analytique hospitalière interne à l'hôpital, du retraitement comptable, des tableaux de bord, des données statistiques alimentant différentes bases de comparaison nationales –ENC^{iv}, Base d'Angers, SAE^v ou autres référentiels –, ou d'études médico-économiques ponctuelles, et suivi budgétaire) et celles impliquant une participation à la définition de la stratégie de l'établissement (mise en place de la contractualisation interne et suivi de cette contractualisation, animation du dialogue de gestion avec les pôles, mise en place et suivi de la contractualisation externe ou des conventions liant l'établissement à d'autres organismes).

Le quatrième volet traitait des souhaits d'évolution des répondants quant à leur poste actuel. Une première question interrogeait les modifications qui leur semblaient pertinentes pour l'évolution de leur poste actuel, et proposait six options fermées et une ouverte : un changement de positionnement, une meilleure définition du poste, plus de

communication quant à leur rôle au sein de l'établissement, une évolution vers un rôle plus stratégique et moins opérationnel, une augmentation de leur rémunération, une meilleure reconnaissance des apports de leur fonction au sein de l'établissement, ou une autre forme d'évolution. Une seconde question concernait leur souhait personnel d'évolution de carrière à deux ans : rester dans le même poste, évoluer vers d'autres fonctions au sein du même établissement, occuper un poste similaire dans un autre établissement, hors du secteur hospitalier ou un autre poste ailleurs, partir à la retraite ou autre. Les répondants devaient évaluer la possibilité de réalisation de ce souhait sur une échelle allant de « certainement non » à « oui très certainement », en passant par « probablement oui » ou « probablement non ». Enfin, les répondants étaient interrogés sur leurs souhaits d'évolution à plus long terme : demeurer dans des fonctions financières ou de contrôle de gestion, évoluer vers d'autres fonctions, continuer à travailler à l'hôpital ou travailler ailleurs. Ces différentes options n'étaient volontairement pas exclusives l'une de l'autre.

Enfin, les répondants devaient déclarer leur positionnement hiérarchique parmi ceux recensés par l'Observatoire de la comptabilité analytique hospitalière (OCAH) du Ministère de la santé : rattachement à la direction financière, à la direction générale, à une direction de la performance ou de la qualité comprenant ou non le DIM, appartenance à une direction autonome du contrôle de gestion ou un autre type de positionnement. Les membres de la communauté de pratiques ayant souligné l'impact du positionnement hiérarchique sur l'activité des contrôleurs de gestion hospitaliers (47), nous avons retenu cette dimension comme critère de définition des configurations professionnelles pour ce groupe, et avons donc décomposé les autres volets selon ces différentes configurations. Le volet formation, complété des informations issues des volets statut et ancienneté, a été utilisé pour analyser l'axe « savoir technique » des différentes configurations, alors que le volet « missions » a été mobilisé pour la détermination de l'axe « rôle stratégique ». Enfin, les données relatives aux souhaits ont servi à appréhender les dynamiques observables dans chaque configuration.

Au global, le questionnaire a été rempli par 163 répondants travaillant comme contrôleurs de gestion dans des établissements de santé publics ou privés non lucratifs. L'inscription de ce groupe dans les organisations du système de santé français n'est donc ici perçue qu'à travers son positionnement au sein des établissements de santé. Faute de répondants dans cette catégorie, le cas des contrôleurs de gestion travaillant en

ARS n'a pu être examiné à travers cette enquête. Les questions n'étant pas obligatoire, le nombre de répondants varie toutefois selon les volets, et est systématiquement précisé dans les résultats ci-après.

Présentation des résultats

Enquête sur les internes de santé publique

Configurations professionnelles des internes de santé publique. Les terrains de formation pratique proposés aux internes de santé publique ont été regroupés à titre administratif par l'une des inter-régions en 6 « pôles »^{vi}. A partir de cette description en pôles, nous avons identifié 4 configurations professionnelles principales : les praticiens de santé publique hospitalière travaillant principalement sur l'information médicale (DIM), la qualité et la sécurité des soins ; les chercheurs / méthodologistes exerçant en épidémiologie, biostatistiques, recherche clinique ou d'autres domaines de recherche (sciences humaines et sociales principalement) ; les gestionnaires de l'offre de soins au niveau central ou régional, employés à la conception, la coordination de la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de santé, ou traitant de l'économie de la santé ; les praticiens exerçant en prévention ou santé communautaire, dédiés à la planification, la coordination de la mise en œuvre et l'évaluation dans le domaine de la médecine préventive ou de la santé communautaire, ainsi que ceux exerçant une activité clinique centrée sur ces aspects.

Il convient de préciser ici que, s'agissant d'internes, les configurations ont été établies sur la base des stages proposés et non des postes occupés après l'internat. Il faut également ajouter que les internes de santé publique peuvent, au cours de leur formation, s'orienter vers des spécialités cliniques non réservées aux médecins spécialistes de santé publique. Nous considérons donc que cette dernière option relève d'une configuration n'appartenant pas en propre à ce groupe, mais signale au contraire une sortie de celui-ci.

La Figure 1, extraite de la version publiée de l'enquête^{vii}, montre une offre concentrée sur deux configurations : santé publique hospitalière et recherche et méthodes. On observe aussi une grande hétérogénéité entre les inter-régions. Le pôle industrie et conseil n'a pas été retenu parmi les quatre configurations précitées, étant donné le faible

nombre de régions (3) où il était proposé et la spécificité de ce mode d'exercice qui ne permet pas de le grouper à une autre configuration. En revanche, nous avons assemblé le pôle « économie et évaluation en santé », lui aussi peu représenté, avec le pôle « administration de la santé », dans la configuration commune de « gestionnaires de l'offre de soins », dans la mesure où ces deux pôles touchent aux politiques de santé publique, dans leur conception, leur mise en œuvre, leur coordination ou leur évaluation. Dans sa globalité, ce pôle concentre toutefois peu d'offres de stages. L'offre est également très hétérogène et peu abondante pour ce qui concerne les médecins de prévention.

		Pôle gestion de la qualité, de la sécurité des soins et de l'information médicale	Pôle biostatistiques, épidémiologie et recherche clinique	Pôle administration de la santé	Pôle économie et évaluation en santé	Pôle industrie et conseil	Pôle prévention et santé des populations	Nombre de pôles par ville	Nombre de pôles par inter région
IDF	Paris							6	6
Nord Est	Besançon							3	6
	Dijon							1	
	Nancy							2	
	Reims							4	
	Strasbourg							4	
Nord Ouest	Amiens							2	4
	Caen							3	
	Lille							4	
	Rouen							3	
Ouest	Angers							4	5
	Brest							3	
	Nantes							4	
	Poitiers							4	
	Rennes							3	
	Tours							4	
Rhône-Alpes-Auvergne	Clermont Ferrand							2	5
	Grenoble							3	
	Lyon							5	
	St Etienne							2	
Sud	Marseille							5	5
	Montpellier							4	
	Nice							2	
Sud Ouest	Bordeaux							4	5
	Limoges							3	
	Toulouse							4	
Nombre de villes ayant au moins 2 stages dans le pôle									
n = 26		26	23	19	2	3	16		
Nombre d'inter régions ayant au moins 2 stages dans le pôle									
n = 7		7	7	7	5	3	7		

Figure 1. Offre de stages agréés pour le DES de Santé publique et médecine sociale en France.
 Figure représentant l'offre de stages agréés pour le DES de Santé publique et médecine sociale en 2008-2009 en France, classée en 6 domaines d'exercice, par ville et par inter région. Les codes couleur font référence à l'offre par ville uniquement. Ont été signalés en rouge les pôles pour lesquels aucun stage n'a été répertorié, en jaune les pôles dans lesquels un seul stage a été répertorié et en vert les pôles dans lesquels au moins deux stages ont été répertoriés. Le nombre de stages par pôle dans chaque inter région a été calculé en additionnant le nombre de stages disponibles dans chaque ville d'une inter région. (Source : Enquête "DES de santé publique", volet "Offre de formation". CLISP, 2008-2009).

Savoirs spécifiques des médecins de santé publique. L'acquisition des savoirs spécifiques dans les différents domaines de la santé publique est présentée dans le tableau 1, par inter-région.

Tableau 1. Thèmes traités dans les formations théoriques organisées dans les subdivisions et dans les inter régions d'internat dans le cadre du DES de Santé Publique et Médecine Sociale. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Offre de formation ». CLISP, 2008-2009).

Thème traité	Nombre de subdivisions (France et inter régions d'internat)							
	France	IDF*	NE†	NO‡	O§	RAA	S¶	SO**
	<i>n = 26 (%)</i>	<i>n = 1</i>	<i>n = 5</i>	<i>n = 4</i>	<i>n = 6</i>	<i>n = 4</i>	<i>n = 3</i>	<i>n = 3</i>
Épidémiologie	15 (57,7)	1	1	4	3	4	1	1
Évaluation en santé	13 (50,0)	1	0	3	4	4	0	1
Communication scientifique	12 (46,2)	1	0	2	4	3	1	1
Planification des actions de santé	12 (46,2)	1	0	4	3	3	0	1
Prévention et promotion de la santé	12 (46,2)	1	0	4	4	2	0	1
Économie de la santé	11 (42,3)	1	1	4	3	1	0	1
Gestion des organisations de santé	11 (42,3)	1	0	2	4	3	0	1
Hygiène hospitalière	11 (42,3)	0	0	3	4	3	0	1
Organisation du système de santé	11 (42,3)	1	0	4	3	1	1	1
Biostatistiques	10 (38,5)	1	0	0	3	4	1	1
Environnement et santé	10 (38,5)	1	0	3	2	3	0	1
Informatique médicale	10 (38,5)	1	0	3	1	4	0	1
Droit de la santé	8 (30,8)	1	0	4	3	0	0	0
Utilisation d'outils informatiques	8 (30,8)	1	1	3	2	0	0	1
Socio/anthropologie	6 (23,1)	1	0	2	1	1	0	1

**IDF : Île-de-France ; NE : Nord-Est ; NO : Nord-Ouest ; O : Ouest ; RAA : Rhône-Alpes-Auvergne ; S : Sud ; SO : Sud-Ouest.*

A l'analyse du Tableau 1, nous pouvons noter que le domaine le plus fréquemment enseigné est l'épidémiologie, et que cet enseignement ne concerne que 15 subdivisions sur 26. Pour tous les autres domaines, l'enseignement est dispensé par la moitié des subdivisions tout au plus, le plus souvent entre 10 et 12 subdivisions sur 26 pour chacun des domaines considérés. Il pourrait y avoir une tentative de compensation du faible nombre de stages disponibles en rapport avec la gestion du système ou de l'offre de soins et la prévention car des domaines comme l'évaluation, la planification des actions, ou la prévention/promotion de la santé sont plus souvent représentés ici.

En outre, le niveau de satisfaction avec l'offre existante reste faible : alors que 163 répondants (94,2%) trouvent cet aspect de la formation important, seuls 46 (26,6%) en sont satisfaits. Finalement, 34,0% des internes ayant des formations théoriques spécifiques jugent leur qualité « plutôt mauvaise ». Cette défaillance peut être partiellement couverte par l'offre de formations complémentaires non exclusivement médicales. D'après les résultats de l'enquête, 24 des 26 coordonnateurs des enseignements dans les subdivisions recommandaient fortement ces formations complémentaires aux internes (23 subdivisions en proposaient par ailleurs).

Rôle stratégique des médecins de santé publique. Nous avons positionné en bas sur l'axe reconnaissance du rôle stratégique les activités en rapport avec le recueil et le traitement de données, car, si elles produisent des informations potentiellement stratégiques, celles-ci sont exploitées ou demandées par d'autres acteurs que les médecins spécialistes de santé publique. Cette appréciation est à nuancer pour l'information médicale, mais le rôle stratégique de celle-ci a partie liée avec celui réservé à la logique gestionnaire, comme nous le verrons dans les résultats de la seconde enquête. Les activités en rapport avec la prévention portent des enjeux importants en termes de santé, mais drainent actuellement une très faible part des financements. C'est pourquoi nous les avons positionné en bas de l'axe « rôle stratégique » pour le cas français. Les activités de gestion du système de santé ont été placées en position haute, car il s'agirait ici d'influencer les politiques de santé depuis leur conception. Nous avons ainsi placé les 4 configurations principales dans les axes relatifs à la reconnaissance de leur savoir technique et de leur importance stratégique sur Graphique 1 plus bas.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux **pratiques et aux orientations professionnelles** des internes comme une manière d'approcher leur inscription dans les organisations du système de santé en fonction des différentes configurations professionnelles identifiées. Le volet dirigé à l'ensemble des internes permettait de répondre à ces questions.

La Figure 2, issue directement des résultats publiés de l'enquête, décrit les activités des internes dans leurs stages.

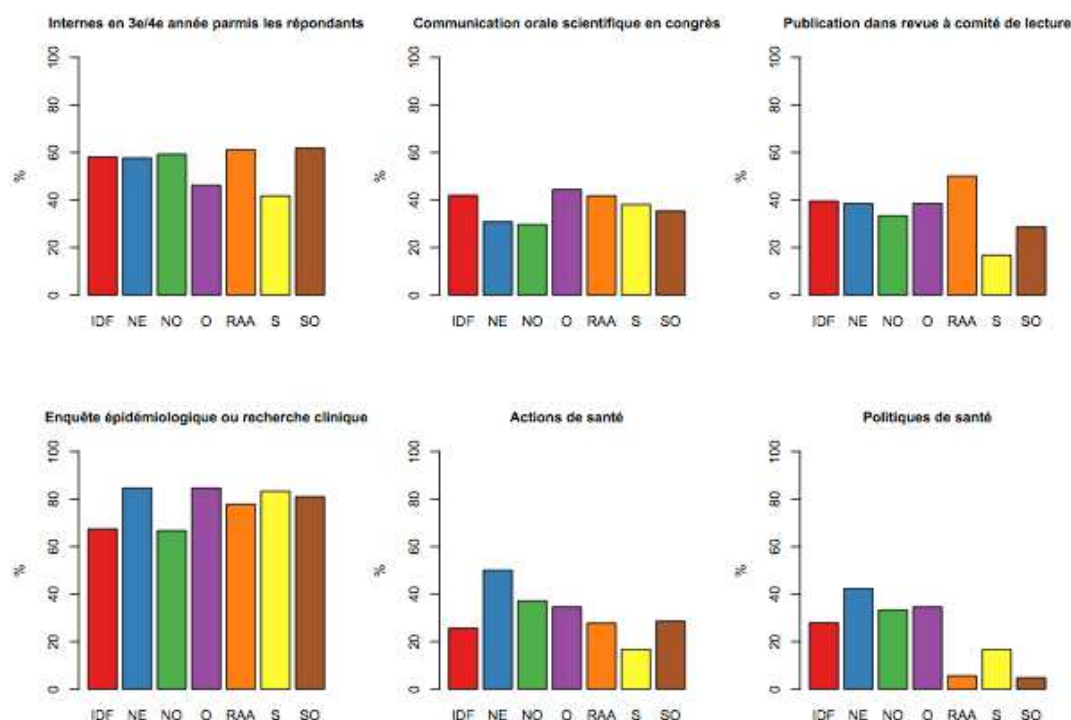


Figure 2. Activités des internes de santé publique et médecine sociale (ISP) dans le cadre de leurs stages, par inter région.

Le premier graphique indique la proportion d'internes en deuxième moitié d'internat dans notre échantillon pour chaque inter région. Il révèle une moindre représentation d'internes en 2e moitié d'internat dans l'inter région Sud, ce qui pourrait influencer les résultats pour les activités, en particulier la publication dans des revues à comité de lecture. Les deux graphiques suivants concernent la valorisation des travaux des ISP par des publications dans chaque inter région. Finalement, les graphiques en deuxième ligne montrent que les ISP sont plus tournés vers la recherche que vers les activités « de terrain » (Actions et politiques de santé). (Source : Enquête « DES de Santé publique », volet « Satisfaction des internes » ; CLISP, 2008-2009).

Ce graphique exclut les activités directement en rapport avec la santé publique hospitalière, mais il laisse voir en deuxième rang le déséquilibre entre les activités de recherche et celles en rapport avec la gestion du système et des actions de santé.

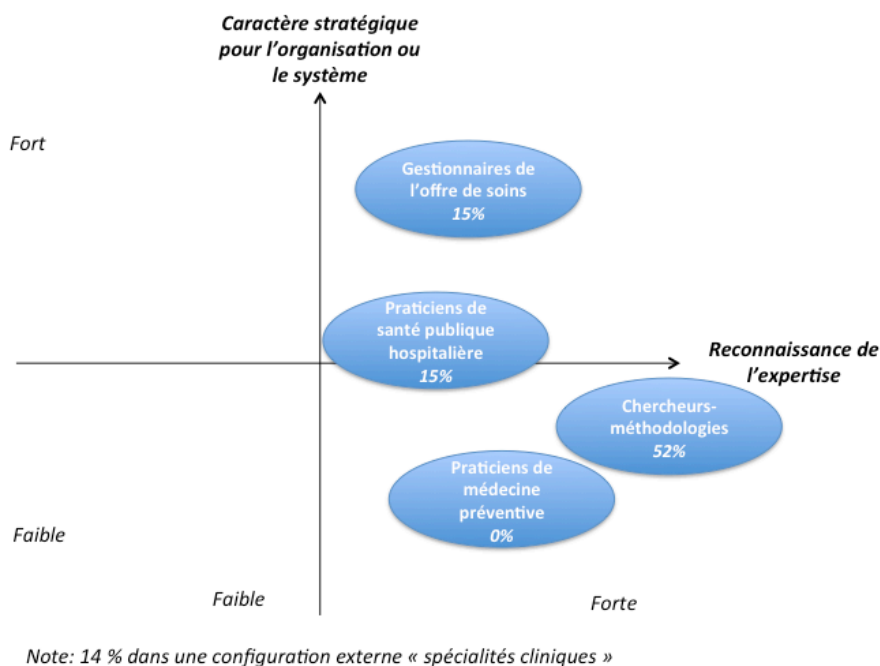
Ce constat se retrouve dans les choix de carrière effectués par les internes. En effet, une majorité d'internes (58,4% ; n = 101) orientent leur formation, le plus souvent en deuxième moitié de parcours. Les spécialisations citées correspondent à trois des configurations identifiées, à l'exclusion de la prévention / santé communautaire, comme le montrent les résultats du tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Domaines vers lesquels s'orientent les ISP pendant leurs DES.
(Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Domaine d'orientation	Effectif (%)
	n = 101
Épidémiologie / Recherche clinique / Biostatistiques	47 (46,5%)
Politiques de santé	15 (14,9%)
Santé publique hospitalière	15 (14,9%)
Spécialité clinique accessible par un des DESC auxquels peuvent s'inscrire les ISP	14 (13,9%)
Sciences Humaines et Sociales (dont économie)	5 (5,0%)

Le domaine d'orientation « santé publique hospitalière » correspond à la première des configurations décrites plus haut : celle des praticiens de santé publique hospitalière travaillant principalement sur l'information médicale (DIM), sur la qualité et la sécurité des soins. Les domaines « épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques » et sciences humaines et sociales renvoient à la seconde configuration, celle des chercheurs / méthodologistes. Les gestionnaires de l'offre de soins sont représentés dans le domaine d'orientation « politiques de santé ». Les praticiens exerçant dans les spécialités cliniques accessibles aux internes de santé publique sont considérés comme appartenant à une configuration externe au groupe. Enfin, la prévention ou la santé communautaire n'ont pas été mentionnées par les répondants. Nous pouvons donc déduire de ces orientations une distribution du groupe entre ces différentes configurations.

En synthèse, si l'on positionne ces configurations, avec ces pourcentages de distribution, sur les axes « savoirs spécifiques » et « rôle stratégique », on obtient le graphique suivant :



Graphique 1 : Situation des configurations professionnelles des médecins de santé publique en matière de savoir technique spécifique et de rôle stratégique

Ce graphique permet de mettre en évidence que la part du groupe qui se destine à l'orientation des politiques de santé publique, ce qui était la place envisagée par le législateur pour les médecins de santé publique dans les organisations du système de santé français, est en réalité minoritaire, les gestionnaires de l'offre de soins ne représentant que 15% des effectifs. Les praticiens de santé publique hospitalière (15% également) se situent à la frontière entre les métiers internes et les professionnels intégrés. Leur savoir, souvent lié au codage du PMSI ou aux protocoles de qualité, présente selon nous un degré de technicité moindre que celui des autres configurations, car il est en grande partie accessible à d'autres groupes de l'hôpital (cliniciens, et, pour la partie PMSI, contrôleurs de gestion). En outre, la réalité de leur rôle stratégique va dépendre, comme nous allons le voir pour les contrôleurs de gestion hospitaliers, de leur positionnement hiérarchique dans les hôpitaux où ils exercent. Ainsi, si certains peuvent être placés, avec les contrôleurs de gestion, dans une direction autonome participant à des missions stratégiques pour l'hôpital, ce cas n'est pas systématique, et certains sont cantonnés à des activités de contrôle qualité des données ou des protocoles. En outre, si les chercheurs / méthodologistes sont le sous-groupe présentant le plus haut niveau de technicité, ce savoir n'est pas, en France, au cœur des enjeux stratégiques du système de soins et de ses organisations. Les internes de santé publique s'orientant

vers cette configuration, qui représentent 52% de l'échantillon, constituent donc des « professionnels intégrés » au système et de ses organisations, selon notre typologie.

Satisfaction par rapport à l'internat et aux parcours individuels des médecins de santé publique. Malgré les nombreux aspects défailants de la formation, une grande majorité d'internes s'est déclaré satisfaite de leur choix de spécialité (93,6%, n = 162). Néanmoins, 28 répondants (16,2%) ont déclaré avoir considéré changer de spécialité, et près de 14% des répondants de l'enquête ont emprunté une voie de sortie de la spécialité, avec une orientation vers une spécialité clinique placée hors du champ de la santé publique. Ce niveau de satisfaction est probablement lié à la formation pratique, appréciée positivement par 87,9% des répondants ([80,8% ;93,6%] en fonction des régions). Interrogés par rapport à leur stage actuel, les internes révèlent une satisfaction élevée par rapport à l'encadrement (77,5%) et par rapport à la responsabilisation (78,6%). Au total, 134 internes (77,5%) ont déclaré qu'ils recommanderaient la spécialité à un futur interne. Les raisons évoquées étaient multiples, mais la diversité et la souplesse de l'exercice professionnel futur apparaissaient comme les principales raisons (n = 55).

Enquête sur les contrôleurs de gestion hospitaliers

Configurations professionnelles des contrôleurs de gestion hospitaliers. La distribution des différentes configurations professionnelles retenues dans l'échantillon est la suivante : 73% (n=116) des répondants étaient rattachés à une direction financière, 15% (n=23) à une direction générale, 5% (n=8) appartenaient à une direction du contrôle de gestion à part entière, 3% (n=4) à une direction de la performance ou de la qualité associant ou non le DIM, et 4% (n=7) se trouvaient dans une autre configuration. Les précisions qualitatives apportées par les répondants ayant choisi cette dernière configuration indiquent en fait une absence de positionnement officiel du contrôle de gestion dans leur établissement. C'est pourquoi nous qualifierons cette configuration d'« indéterminée ». Le test du Khi2 révèle une excellente représentativité de cet échantillon en terme de positionnement hiérarchique par rapport aux statistiques nationales fournies par l'OCAH : $\chi^2 (4, n=158) = 0,0017, p > 0,9$. C'est pourquoi nous jugeons ces résultats exploitables, en dépit d'effectifs relativement faibles dans certaines configurations.

Savoirs spécifiques des contrôleurs de gestion hospitaliers. Le tableau 3 ci-dessous montre que la formation initiale des contrôleurs de gestion est bien spécifique par rapports aux autres métiers de l'hôpital. En effet, seuls 23% des répondants ont suivi une formation sectorielle : EHESP, autre cursus de la fonction publique hospitalière, ou spécialisation en gestion hospitalière. La majorité (51%) de l'échantillon dispose d'une formation spécialisée en contrôle de gestion reçue soit en école de commerce soit à l'université. Les « autres » formations suivies sont également en comptabilité, audit ou administration des entreprises. L'analyse par configuration montre peu de variation de cette proportion entre les positionnements hiérarchiques. Seuls deux configurations se distinguent de la distribution dans l'ensemble de l'échantillon : celle des contrôleurs de gestion travaillant dans une direction autonome, par l'importance des répondants diplômés d'écoles de commerce, et celle « indéterminée », par la surreprésentation des fonctionnaires dans cette catégorie, et la faiblesse de la spécialisation en contrôle de gestion (seulement 14%). Les autres formations déclarées par les répondants dans cette configuration sont en comptabilité générale. On peut donc déduire que, à l'opposé de l'ensemble des autres configurations, l'expertise technique de ce dernier sous-groupe est faible, et que des savoirs plus généraux à la fonction publique hospitalière ou à d'autres fonctions de l'hôpital s'y substituent à celui spécifique au contrôle de gestion.

Tableau 3 : Formations initiales des contrôleurs de gestion hospitaliers

Formation initiale	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	2%	1%	4%	0%	13%	0%
Fonction publique hospitalière autre	12%	12%	13%	25%	0%	29%
Ecole de commerce	21%	20%	22%	25%	63%	0%
Diplôme universitaire en CDG	30%	34%	17%	50%	25%	14%
Diplôme universitaire autre	25%	27%	26%	0%	13%	43%
Spécialisation en gestion hospitalière	8%	10%	4%	0%	0%	0%
Ingénieur	2%	3%	0%	0%	0%	0%
Autre	16%	14%	22%	25%	0%	43%
N	163	116	23	4	8	7
QCM: les totaux peuvent excéder 100%		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 5				

Les données relatives à formation continue, présentées dans le tableau 4 ci-dessous, montrent surtout l'absence de celle-ci, près de la moitié (49%) des répondants n'ayant reçu aucune formation depuis leur entrée en poste. Ce constat est valable pour l'ensemble des configurations. Les formations continues suivies sont en outre principalement techniques (sur la comptabilité analytique ou la réalisation des tableaux de bord), y compris dans la catégorie « autre » pour laquelle les informations complémentaires fournies par les répondants relatent des formations informatiques ou centrées sur l'audit ou la comptabilité.

Tableau 4 : Formations continues des contrôleurs de gestion suivies depuis leur entrée en poste

Formation continue	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Aucune	49%	51%	48%	50%	63%	43%
Généraliste en CDG	12%	13%	13%	0%	0%	14%
CAH	36%	40%	57%	50%	25%	29%
Tableau de Bord	18%	22%	4%	25%	13%	14%
Autre	9%	6%	17%	0%	0%	29%
N	163	116	23	4	8	7
QCM: les totaux peuvent excéder 100%		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 5				

Au global, les résultats du questionnaire portant sur la dynamique des savoirs du groupe des contrôleurs de gestion font état d'un savoir technique spécialisé, majoritairement acquis hors des centres de formation du secteur hospitalier et avant leur entrée en poste. Il ne semble pas y avoir de différences majeures entre les différentes configurations retenues sur ce point.

Ce constat de spécialisation différentielle des contrôleurs de gestion par rapport aux cadres d'emploi de la fonction publique hospitalière a été corroboré par les résultats des volets statutaire et d'ancienneté exposés ci-après dans les tableaux 5 et 6. En effet, une large majorité de l'échantillon est composé de contractuels et non de fonctionnaires, sauf dans la configuration « autre ». Cet aspect statutaire confirme que cette dernière configuration se rapproche davantage d'autres groupes travaillant à l'hôpital, et explique une longévité de poste nettement supérieure à celle des autres configurations (71% de ce sous-groupe sont en poste depuis plus de 10 ans). Toutefois, même dans les autres configurations, la durée de poste semble assez élevée, puisque près de la moitié (48%) de l'échantillon l'occupe depuis plus de 5 ans. Le contrôleur de gestion semble donc avoir généralement acquis une place à part, mais stable, dans les organisations hospitalières.

Tableau 5 : Statut des contrôleurs de gestion hospitaliers.

Statut	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Contractuel en CDD	4%	6%	0%	0%	0%	0%
Contractuel en CDI	60%	64%	43%	75%	75%	29%
Titulaire de la fonction publique – catégorie	14%	16%	9%	25%	0%	0%
Titulaire de la fonction publique – catégorie	11%	9%	13%	0%	25%	43%
Autre	10%	5%	35%	0%	0%	29%
N	159	116	23	4	8	7
		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 1				

Tableau 6 : Ancienneté des contrôleurs de gestion hospitaliers dans leur poste actuel

Ancienneté	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Moins d'un an	10%	10%	9%	25%	0%	14%
Depuis 1 à 2 ans	11%	10%	9%	25%	13%	0%
Depuis 2 à 5 ans	31%	34%	26%	0%	38%	14%
Depuis 5 à 10 ans	27%	28%	39%	0%	25%	0%
Depuis plus de 10 ans	21%	17%	17%	50%	25%	71%
N	159	116	23	4	8	7
N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 1						

Rôle stratégique des contrôleurs de gestion hospitaliers. Le tableau 7 ci-dessous présente les rangs d'occurrence des différentes missions des contrôleurs de gestion dans l'ensemble de l'échantillon et par configuration. Les missions ordonnées 1 sont ainsi les missions les plus fréquentes des contrôleurs de gestion, alors que les missions classées en 16 sont les moins fréquentes. Ces rangs ont été calculés sur la base du pourcentage de répondants indiquant oui à chacune des missions. Les missions impliquant un rôle stratégique du contrôleur de gestion apparaissent en rouge.

Tableau 7 : Les missions des contrôleurs de gestion hospitaliers

Missions	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Gestion du Fichier Commun de Structure	5	5	2	9	8	3
Réalisation des tableaux de bord de pôles	4	3	5	1	2	3
Réalisation des tableaux de bord de l'établissement	2	4	2	5	1	1
Mise en place de la contractualisation interne	12	13	14	1	2	12
Suivi de la contractualisation interne	10	10	12	9	6	13
Dialogue de gestion avec les pôles	9	9	9	5	2	8
Comptabilité analytique interne	2	2	1	1	9	8
Retraitement Comptable	1	1	4	9	9	1
ENC / Base d'Angers	8	8	9	1	9	3
Autres référentiels de comparaison	12	11	14	5	9	13
Statistiques nationales SAE	7	7	6	13	2	8
Etudes médico-économiques ponctuelles	6	6	6	5	6	8
Conventions externes	16	16	16	13	14	13
Contrats externes	14	14	11	9	9	13
Suivi budgétaire	11	12	8	13	14	3
Autre	15	15	13	13	16	3
N	159	116	23	4	8	7

Ces résultats montrent clairement que les missions de type stratégiques, liées à la contractualisation interne et externe de l'établissement, sont les moins fréquentes dans l'ensemble de l'échantillon, et que celles relatives au traitement et à la production de données arrivent en premier. Une différence est toutefois nettement observable dans les configurations où le contrôle de gestion est autonome ou rattaché à une direction de la performance ou de la qualité. Si les missions liées à la contractualisation externe demeure peu fréquentes même dans ces configurations, les missions liées à la contractualisation interne se situent alors dans les premières places. Nous pouvons donc

en déduire un rôle stratégique différent des contrôleurs de gestion en fonction des configurations retenues : alors que ce rôle stratégique est faible dans les cas de rattachement à la direction financière ou générale, ou lorsque que le contrôle de gestion n'a pas de place formelle dans l'organisation, ce rôle, au moins en matière de contractualisation interne, est assurée par les contrôleurs de gestion qui sont dans des configurations plus autonomisées.

Souhaits d'évolution de poste et de parcours individuel des contrôleurs de gestion hospitaliers. Les données sur les souhaits des répondants quant à l'évolution de leur poste confirment les différences de reconnaissance du rôle stratégique de la fonction contrôle de gestion entre les configurations : comme présenté dans le tableau 8 ci-dessous, le principal souhait d'évolution, à 45%, hors celui d'une augmentation de rémunération, concerne la reconnaissance de l'apport de la fonction contrôle de gestion au sein de l'établissement dans l'ensemble des configurations, sauf dans les configurations plus autonomes, où les souhaits portent, à 50%, sur le positionnement et la définition du poste dans un cas, et sur l'affirmation du rôle stratégique dans l'autre. Ainsi, si dans les autres configurations la reconnaissance de la fonction semble devoir encore être acquise, dans les configurations plus autonomes, la dynamique de cette fonction paraît s'orienter davantage vers un désir de formalisation de son positionnement dans le cas des directions de la performance et de la qualité (à 50%), et vers un souhait d'accentuation des missions stratégiques dans le cas des directions du contrôle de gestion à part entière (à 50% également). Ces résultats semblent donc indiquer deux types de souhaits différents : une de recherche de reconnaissance de la fonction lorsque celle-ci est rattachée à d'autres directions, et une d'affirmation formelle du rôle stratégique exercée dans les faits par les contrôleurs de gestion autonomes vis-à-vis de ces autres directions. Un troisième type, regroupant de manière presque uniforme l'ensemble des souhaits, se dégage des réponses des contrôleurs de gestion en position « autre » ou « indéterminée » :

Tableau 8 : Souhaits d'évolution de poste des contrôleurs de gestion hospitaliers

Souhaits relatifs au poste actuel	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Changement positionnement	21%	26%	4%	50%	0%	14%
Définition poste	19%	19%	22%	50%	0%	29%
Communication	40%	46%	39%	25%	13%	14%
Stratégique	36%	41%	30%	0%	50%	14%
Rémunération	45%	52%	30%	50%	38%	29%
Reconnaissance	45%	49%	52%	0%	38%	14%
Autre	9%	8%	13%	25%	0%	14%
N	159	116	23	4	8	7
QCM: les totaux peuvent excéder 100%		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 1				

Ces différentes dynamiques semblent également impliquer des perspectives de parcours individuels différentes. Comme le montrent les résultats du tableau 9 ci-après, dans les configurations de rattachement à la direction des affaires financières ou à la direction générale, plus du tiers des répondants souhaitent une évolution externe à deux ans, et, s'ils souhaitent à plus de 70% continuer à exercer des fonctions financières ou de contrôle de gestion à plus long terme, ils sont très peu (28% et 9%) à vouloir continuer à travailler à l'hôpital, sans pour autant avoir d'idée précise sur un ailleurs possible. Ils sont très peu (8% et 13%) à souhaiter une évolution interne, et ces souhaits sont ceux qui ont le plus faible taux estimé de réalisation. Ces taux ont été calculés sur la base du pourcentage de répondants indiquant « oui très certainement » ou « oui probablement » à la question sur la possibilité de réalisation de leurs souhaits d'évolution à deux ans.

Dans les configurations plus autonomes en revanche, les répondants souhaitent, à court terme, majoritairement rester dans leur poste ou partir complètement ailleurs. S'ils ne semblent pas davantage vouloir rester travailler à l'hôpital à long terme, ils sont moins nombreux à souhaiter continuer à exercer des fonctions de nature financière ou de contrôle de gestion, et semblent savoir davantage quel ailleurs serait possible pour eux. Les informations qualitatives données par certains répondants évoquent des souhaits d'orientation vers la formation, le conseil, ou d'autres métiers correspondant mieux à leurs aspirations personnelles. Enfin, les contrôleurs de gestion dans la configuration « autre », où leur place est indéfinie, se distinguent par leur souhait de se maintenir en poste, dans leurs fonctions, à court comme à long terme.

Tableau 9 : Souhaits de parcours individuels des contrôleurs de gestion hospitaliers

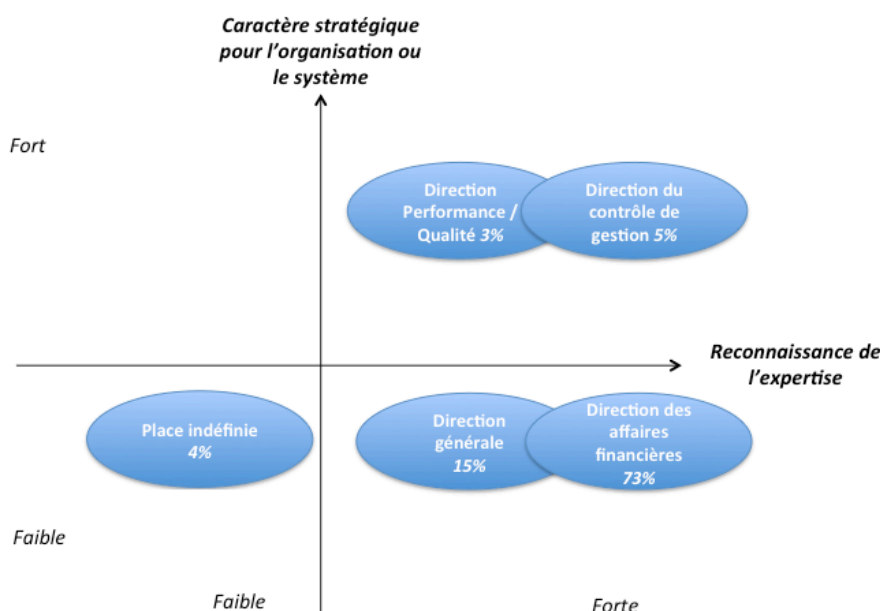
Souhaits relatifs au poste actuel	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Changement positionnement	21%	26%	4%	50%	0%	14%
Définition poste	19%	19%	22%	50%	0%	29%
Communication	40%	46%	39%	25%	13%	14%
Stratégique	36%	41%	30%	0%	50%	14%
Rémunération	45%	52%	30%	50%	38%	29%
Reconnaissance	45%	49%	52%	0%	38%	14%
Autre	9%	8%	13%	25%	0%	14%
N	159	116	23	4	8	7
QCM: les totaux peuvent excéder 100%		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 1				

Souhaits d'évolution à 2 ans	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Rester là où je suis	36%	34%	43%	50%	25%	63%
Souhait évolution interne	8%	8%	13%	25%	0%	0%
Souhait évolution externe	35%	41%	35%	0%	13%	0%
dont évolution fonctionnelle	37%	38%	38%		0%	
dont extra-hospitalière	42%	46%	13%		100%	
dont changement simple d'ES	21%	17%	50%		0%	
Autre / retraite	10%	9%	0%	25%	38%	13%
Non répondu	11%	7%	9%	0%	25%	25%
N	163	116	23	4	8	8
		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 4				
Probabilité de réalisation estimée à 2 ans	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Rester là où je suis	93%	90%	100%	100%	100%	100%
Souhait évolution interne	62%	67%	33%	100%		
Souhait évolution externe	91%	92%	88%		100%	
dont évolution fonctionnelle	100%	100%	100%			
dont extra-hospitalière	83%	82%	100%		100%	
dont changement simple d'ES	100%	100%	75%			
Autre / retraite	75%	91%		0%	67%	0%
N	145	108	21	4	6	6
Souhaits d'évolution à plus long terme	Population totale	DAF	DG	DPQ/DIM	DCG	Autre
Rester dans des fonctions de contrôle de gestion	70%	77%	70%	50%	38%	57%
Evoluer vers d'autres fonctions	18%	21%	22%	0%	0%	14%
Continuer à travailler à l'hôpital	24%	28%	9%	25%	13%	43%
Travailler ailleurs	13%	15%	0%	50%	38%	0%
N	163	116	23	4	8	7
QCM: les totaux peuvent excéder 100%		N'ont pas répondu à la question sur leur positionnement = 5				

Trois dynamiques professionnelles associées à différents types de configuration se dessinent ainsi : une dynamique de sortie du monde hospitalier mais de maintien dans la même fonction pour les configurations dépendantes d'autres directions, une dynamique mixte de maintien en poste ou de sortie de la fonction dans les configurations plus autonomes, et une dynamique de revendication d'une place et d'un rôle formel de la fonction au sein du même établissement lorsque celle-ci n'en a pas encore.

Synthèse. Au global, si dans l'ensemble des configurations, les contrôleurs de gestion semblent disposer d'un savoir technique spécifique, à l'exception de ceux en position « indéterminée », leur rôle stratégique n'est guère reconnu qu'en matière de contractualisation interne, dans les configurations où ils sont en position d'autonomie par rapport aux directions financières ou générales. Uniquement dans ces derniers cas, qui représentent à eux deux seulement 8% de l'échantillon, les contrôleurs de gestion sont donc dans en position de « métier interne ». A une écrasante majorité (88%), les

contrôleurs de gestion sont en position de « professionnels intégrés » disposant de savoirs techniques les distinguant des autres groupes, mais qui ne sont pas mobilisés pour traiter des enjeux stratégiques de l'hôpital. Enfin, 4% de l'échantillon semble constituer une fonction standard, dont les savoirs ou le positionnement sont substituables par d'autres. Le fait de porter le mode de gouvernance décentralisé et le pilotage par objectif issus de la logique gestionnaire française n'est donc une réalité que pour 8% du groupe. Pour les autres, deux dynamiques apparaissent : soit celle de la sortie du monde hospitalier pour ceux hiérarchiquement inféodés à une autre direction, soit celle de la persévérance pour ceux qui n'ont pas encore de rôle formel. Le graphique 2 ci-dessous résume ces résultats en plaçant ces différentes configurations, avec leur pourcentage de distribution, sur les axes « savoir technique spécifiques » et « rôles stratégiques ».



Graphique 2 : Situation des configurations professionnelles des contrôleurs de gestion hospitalier en matière de savoir technique spécifique et de rôle stratégique

Discussion : le portage de nouvelles logiques institutionnelles par des groupes professionnels dédiés est-il vraiment un mode opérant de travail institutionnel ?

Les résultats des deux enquêtes montrent que les configurations professionnelles dans lesquels les médecins spécialistes de santé publiques et les contrôleurs de gestion

hospitaliers peuvent être considérés comme des métiers internes pleinement intégrés au cœur des organisations du système de santé français représentent une part minoritaire des échantillons. Pour les internes de santé publique, une seule configuration, recueillant 15% des orientations des futurs médecins, semble clairement présenter les conditions de savoirs et de positionnement stratégique caractéristiques des métiers internes aux organisations : celle des gestionnaires de l'offre de soins, qui interviennent dans la conception, la coordination, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques de santé publique. De la même manière, pour les contrôleurs de gestion hospitaliers, les configurations révélant à la fois un savoir technique spécifique et un rôle stratégique pour l'organisation ne concernent que 8% de l'échantillon : 5% appartenant à des directions autonomes du contrôle de gestion, et 3% à des direction de la performance, parfois associées à la qualité et au DIM. La majorité des échantillons (52% pour les internes de santé publique et 88% pour les contrôleurs de gestion) exercent leurs activités dans des configurations les apparentant à des « professionnels intégrés », disposant d'un savoir technique spécifique (épidémiologie, biostatistique et information médicale pour les médecins spécialistes de santé publique, et comptabilité analytique, finances et audit pour les contrôleurs de gestion hospitaliers) mais à l'écart des enjeux stratégiques des organisations du système. L'orientation des politiques publiques de santé d'une part, et l'application de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière d'autre part, bien qu'elles aient été au cœur des logiques institutionnelles ayant conduit à l'émergence de ces deux groupes, ne sont des réalités que pour une part marginale de leurs membres. Ce constat met donc en évidence l'importance de considérer les configurations professionnelles pour cette forme particulière de travail institutionnel impliquant la création de groupes professionnels nouveaux.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les exemples issus de l'analyse du système de santé américain montrent des groupes professionnels préexistants dans un système de santé peuvent s'approprier de nouvelles logiques institutionnelles (3, 12, 13). Le portage d'une logique nouvelle ne saurait donc être le monopole d'un groupe professionnel *ad hoc*. En conséquence, l'échec de la pénétration des logiques de santé publique et de gestion hospitalière par les groupes créés à cette fin ne signifie pas que ces logiques n'ont pas pu être instillées dans les organisations du système de santé français par d'autres groupes professionnels. Les travaux sur la démarche gestionnaire à l'hôpital (8, 9, 41) montrent en effet qu'au moins cette logique a affecté ces organisations. Notre

étude nous renseigne toutefois sur le fait qu'une contribution efficace au portage de ces logiques de la part des groupes professionnels créés à la faveur des réformes institutionnelles liées à ces logiques aurait impliqué que ces nouveaux cadres légaux prennent en compte les configurations par lesquelles ces groupes allaient s'inscrire dans les organisations du système de santé. Faute d'avoir considéré cette dimension concrète, cette forme particulière de travail institutionnel n'a que très marginalement contribué à l'intégration des logiques institutionnelles nouvelles dans les pratiques organisationnelles.

Ce constat n'implique pas pour autant que les groupes nés des logiques émergentes n'ont pas trouvé de place dans les organisations du système de santé français et qu'ils ne remplissent pas une fonction utile dans ces organisations. Le rôle de production, de traitement et de fourniture de données qui leur est majoritairement attribué peut servir ces organisations, et peut même éventuellement contribuer à y faire vivre les logiques de santé publique et de gestion hospitalière si d'autres groupes en position de métiers internes dans ces organisations se saisissent de ces données dans leur activité quotidienne. Nous soulignons simplement le fait que ce rôle ne correspond pas au rôle stratégique initialement prévu pour les médecins spécialistes de santé publique et les contrôleurs de gestion hospitaliers dans les cadres juridiques qui leur ont donné naissance, et que cet écart n'est pas sans impact sur les dynamiques de carrière individuelles et collectives à plus long terme des membres de ces groupes.

Trois voies possibles semblent empruntables pour eux au vu de nos résultats : celle de la sortie, vers un autre poste ou vers un autre secteur d'activité, celle de la satisfaction dans leur poste actuel, ou celle de la revendication, consistant à réclamer une place et un rôle formel dans leur poste actuel. Ces choix doivent toutefois être interprétées en fonction des possibilités concrètes d'évolution externe, qui sont différentes entre les deux groupes : en effet, si les contrôleurs de gestion peuvent assez facilement changer de secteur ou de fonction, d'après les probabilités de réalisation des souhaits de mobilité externes à deux ans estimées par les répondants dans nos résultats, c'est sans doute moins le cas pour les médecins de santé publique, dont les options de réorientation professionnelle après leur formation initiale, sont plus limitées. De fait, pour les contrôleurs de gestion, nous avons observé qu'à long terme, l'option de la sortie, prioritairement vers un autre secteur d'activité, est majoritairement envisagée, sauf dans la configuration « indéterminée » où la revendication est privilégiée. Il

convient toutefois de rappeler que cette dernière configuration ne représente que 4% de notre échantillon.

Pour les médecins spécialistes de santé publique, en revanche, la satisfaction l'emporte clairement, bien que 14% des internes s'orientent tout de même vers une forme de sortie, *via* une spécialisation clinique différente de la santé publique. Cette réorientation intervenant dès le stade de la formation initiale, elle n'est cependant pas incompatible avec un fort taux de satisfaction et ne crée pas rupture dans les parcours des personnes concernées. Une enquête complémentaire à nos résultats, conduite en 2012 par le Collègue de Liaison des Internes de Santé Publique (48) sur le devenir professionnel des anciens internes de santé publique, confirme un taux très élevé de satisfaction parmi les répondants quant à leur carrière, quand bien même ceux-ci se répartissent toujours dans des proportions semblables à celles présentées dans notre étude entre les différentes configurations que nous avons définies. Cette enquête permet en effet de vérifier que la configuration des gestionnaires de l'offre de soin est occupée par une part très marginale du groupe, la grande majorité de celui-ci travaillant en tant que chercheurs méthodologistes ou praticiens de santé publique hospitalière, à plus de 70% dans des établissements de santé publics et non dans des organismes de régulation du système.

Une limite de notre étude réside en effet dans l'impossibilité, à l'aide de nos données, de distinguer la place des configurations observées dans les différents types d'organisations du système. Cette distinction serait nécessaire pour savoir si la minorité du groupe en position stratégique travaille dans des organisations exerçant elles-mêmes un rôle stratégique dans le système de santé, parce qu'elles sont par exemple investies d'un pouvoir de régulation (administrations centrales ou ARS). On pourrait alors imaginer que cette minorité soit en capacité de porter la logique pour l'ensemble du groupe. Nous soutenons toutefois que, même dans ce cas, ces expériences de travail institutionnel seraient toujours assez peu efficaces, car elles auraient consisté à créer tout un groupe professionnel nouveau pour que seul 8% à 15% de celui-ci soit en mesure de porter une logique institutionnelle émergente.

En conclusion, notre étude suggère que, lorsqu'une logique institutionnelle émergente est appareillée à un groupe professionnel nouveau, il est nécessaire de considérer les configurations par lesquelles ce groupe va trouver une place dans les

organisations du système de santé. En effet, nos deux exemples montrent que, si ces configurations ne sont pas préalablement pensées dans le cadre des réformes, cette forme de travail institutionnel ne permet de pénétrer les pratiques organisationnelles du système que de manière marginale ou indirecte, et conduit, au mieux, à ce que les membres du groupe se satisfassent d'exercer dans des configurations non stratégiques, au pire, à un souhait majoritaire de sortie du système de leur part. Nous espérons que ces conclusions pourront être comparées à d'autres cas similaires issus d'autres systèmes de santé, afin de pouvoir tester leur potentiel de généralisation, et d'identifier éventuellement des contre-exemples de ce mode de travail institutionnel ayant mieux intégré la question des configurations professionnelles.

ⁱ L'hôpital va faire figure, dès ce moment, de lieu d'exception : ouvert aux indigents, et géré par les communes, les médecins vont venir y suivre leur formation clinique. Dispositif de salubrité publique et de constitution de savoirs, l'hôpital français n'en est pas pour autant devenu immédiatement un objet de gouvernement. En effet, il faudra attendre le début des années 1980 pour que s'instaure en France un véritable politique de régulation du secteur sanitaire prenant l'hôpital, alors le seul lieu d'exercice public de la médecine en France, comme objet (Lenay, 2005).

ⁱⁱ A notre connaissance, le premier Master Spécialisé en Contrôle de gestion hospitalier en France a été mise en place par un institut dépendant de l'Université de Lyon (l'IFROSS) en 2014.

ⁱⁱⁱ Le Fichier Commun de Structure est le découpage analytique de l'établissement.

^{iv} L'ENC ou l'Echelle Nationale des Coûts est une base de comparaison des coûts par séjours hospitalier permettant d'en définir les tarifs au niveau national.

^v La SAE ou Statistique Annuelle des Etablissements de santé est une base statistique nationale regroupant les principaux indicateurs d'activité de ces établissements.

^{vi} Ces pôles sont : Gestion de la qualité, de la sécurité des soins et de l'information médicale (i) ; biostatistiques, épidémiologie et recherche clinique (ii) ; administration de la santé (iii) ; économie et évaluation en santé (iv) ; industrie et conseil (v) ; prévention et santé des populations (vi).

^{vii} Nous ne disposons pas des données sources pour refaire la description en fonction des configurations professionnelles. Pour cette raison, la description garde une présentation par « pôles », tels que décrits dans la note ci-dessus.

Bibliographie

1. Battilana J. The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK National Health Service. *Organization Science*. 2011;22(4):817-34.
2. Scott WR. Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care: University of Chicago Press; 2000.
3. Dunn MB, Jones C. Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. *Administrative Science Quarterly*. 2010;55(1):114-49.
4. Nigam A, Ocasio W. Event attention, environmental sensemaking, and change in institutional logics: An inductive analysis of the effects of public attention to Clinton's health care reform initiative. *Organization Science*. 2010;21(4):823-41.
5. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, (1902-02-15, 1902).
6. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, (1982-12-26, 1982).
7. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, (2004-08-11, 2004).
8. Moisdon J-C, Tonneau D. La démarche gestionnaire à l'hôpital: Recherches sur la gestion interne: S. Arslan; 1999.
9. Engel F, Kletz F, Moisdon J, Tonneau D. La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier. Seli Arslan. 2000.
10. De Pourvoirville G, Tedesco J. La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion*. 2003(5):205-18.
11. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, (2005-05-03, 2005).
12. Goodrick E, Reay T. Constellations of institutional logics changes in the professional work of pharmacists. *Work and Occupations*. 2011;38(3):372-416.
13. Pouthier V, J. CW, Ocasio W. From agents to principles: the changing relationship between hospitalist identity and logics of health care'. *Research in the Sociology of Organizations*. 2013;39:203–41.
14. Scott WR. Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization studies*. 2008;29(2):219-38.
15. Sahlin-Anderson K, Engwall L. Carriers, flows and sources of management knowledge. *The Expansion of Management Knowledge*, Stanford. 2002.
16. Sahlin K, Wedlin L. Circulating ideas: Imitation, translation and editing. *The Sage handbook of organizational institutionalism*. 2008;218:242.
17. Greenwood R, Raynard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lounsbury M. Institutional complexity and organizational responses. *The Academy of Management Annals*. 2011;5(1):317-71.
18. Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional work: Refocusing institutional studies of organization. *Journal of Management Inquiry*. 2011;20(1):52-8.
19. Friedland R, Alford RR. Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions. 1991.
20. Thornton PH, Ocasio W, Lounsbury M. The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process: Oxford University Press on Demand; 2012.

21. Aubouin N, Kletz F, Lenay O. Médiation culturelle: l'enjeu de la gestion des ressources humaines. *Culture études*. 2010(1):1-12.
22. Kletz F, Hénaut L, Sardas J-C. Nouvelle gestion publique et enjeux de métier dans les organisations culturelles: une hybridation peut en cacher une autre. *Revue Internationale des Sciences Administratives*. 2014;80(1):91-111.
23. Sardas J-C, Lefebvre P, Roos P. Structuration et management des groupes professionnels internes. Conférence AIS « Savoirs, travail et organisation »; sept 2004; Versailles.
24. Dalmasso C, Sardas J-C, editors. Globalization of R&D: the case of professional groups in the car industry. The European Institute for Advanced Studies in Management; 2008.
25. Lefebvre P, Roos P, Sardas J. Redynamizing trades: A case study in aeronautic industry. Minguet, G, Midler, C et Vervaeke, M *Working on Innovation* New York: Routledge. 2008:180-201.
26. Lefebvre P, Roos P, Sardas J-C. Les théories des Communautés de Pratique à l'épreuve: conditions d'émergence et organisation des communautés. *Systèmes d'Information et Management*. 2004;9(1):25.
27. DiMaggio P, Powell WW. The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields. *American Sociological Review*. 1983;48(2):147-60.
28. Blomgren M, Waks C. Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity. *Journal of Professions and Organization*. 2015;jou010.
29. Lawrence TB, Suddaby R. 1.6 institutions and institutional work. *The SAGE Handbook of Organization Studies*. 2006:215.
30. Battilana J, Leca B, Boxenbaum E. 2 how actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *The academy of management annals*. 2009;3(1):65-107.
31. Jarzabkowski P, Matthiesen J. A. Van de Ven.(2009). Doing which work? A practice approach to institutional pluralism. *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*.284-316.
32. Boxenbaum E, Huault I, Leca B. Le tournant «matériel» dans la théorie néo-institutionnaliste. 2015.
33. Jones C, Boxenbaum E, Anthony C. The immateriality of material practices in institutional logics. *Research in the Sociology of Organizations*. 2013;39(A):51-75.
34. Thornton PH, Ocasio W. Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*. 2008;840:99-128.
35. Rosanvallon P. L'État en France de 1789 à nos jours. Paris, Seuil. 1990.
36. Foucault M. Naissance de la Clinique. Paris: PUF. 1963.
37. Hardy A-C. Travailler à guérir: sociologie de l'objet du travail médical: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2013.
38. Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc M-A. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. report. 2001 2001/11. Report No.
39. Brodin M, Gottot S, Lucioi E. Quelques points de repère pour l'aménagement de la formation des médecins en santé publique. *La Revue d'Education Médicale*. 1984;VII:38-45.
40. Alves de Rezende B. La formation des internes de santé publique en France : offre et satisfaction [Thèse d'exercice]. France: Université de Bordeaux II; 2010.

41. Bouinot C. Contrôle de Gestion à l'Hôpital, Régulation et dynamique instrumentale, . Paris: Ecole des Mines; 2005.
42. Lenay O. L'ergonomie de la gouvernamentalité: Le cas du système hospitalier français. In: Hatchuel A, Pezet E, Starkey K, Lenay O, editors. Gouvernement, organisation et gestion: L'héritage de Michel Foucault. Québec: Presses de l'Université Laval; 2005. p. 395-430.
43. Moisdon J-C, Pepin M. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Document de travail Série Etudes et Recherches, DREES. 2010(97).
44. Lartigau J. L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. Journal de gestion et d'économie médicales. 2009;27(7):371-91.
45. Baly O. Le contrôle de gestion hospitalier: Une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? In: Dunod, editor. Performance et innovation dans les établissements de santé. Paris: Dunod; 2015.
46. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires., (2009-07-22, 2009).
47. Baly O. Guide ANAP du Contrôle de gestion à l'hôpital. Rennes: Presses de l'EHESP; 2015.
48. Dugué F, Guerra J. Enquête sur le devenir des anciens internes de santé publique. Lancement d'Alumni de l'internat de santé publique; 2013-06-21; Paris, France 2013.